



Factores que influyen en el afrontamiento de una enfermedad terminal. Una revisión integradora.

Memoria presentada para optar al título de Graduado o Graduada en Enfermería
de la Universitat Jaume I presentada por Belén Flos Expósito en el curso
académico 2018/2019.

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela Juan Antonio Bou Esteller.

15 de Mayo de 2019

Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG

Yo, Belén Flos Expósito, con NIF 20921158J, alumno de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico **2018/2019**.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado Factores que influyen en el afrontamiento de una enfermedad terminal, tutelado por el profesor/a XXX, defendido en lengua castellana, en el período de **31 de mayo, 2019**.



Firmado: Belén Flos Expósito

Castellón de la Plana, 15 de Mayo de 2019

Agradecimientos.

En primer lugar, agradecer a mi tutor, Juan Antonio Bou Esteller, por su implicación y ayuda para que este trabajo haya llegado a buen término. A mi familia, y amigos, por aguantarme y apoyarme en los momentos de desesperación y compartir también las buenas noticias. Y como no, a las amistades que se han ido forjando durante estos cuatro años, por compartir alegrías, risas, llantos y una pasión.

Índice.

Resumen.....	1
1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	6
2.1. Objetivo general.....	6
2.2. Objetivos específicos.....	6
3. Metodología.....	7
3.1. Criterios de inclusión.....	7
3.2. Criterios de exclusión.....	8
3.3. Palabras clave.....	8
3.4. Estrategia de búsqueda.....	9
3.5. Cronograma de las actividades.....	11
4. Resultados.....	12
4.1. Resultados y características de la búsqueda según las bases de datos empleadas.....	12
4.2. Características de los artículos seleccionados para el estudio.....	14
5. Discusión.....	18
5.1. Factores influyentes en los distintos grupos.....	18
6. Conclusiones.....	23
7. Limitaciones.....	25
8. Futuras líneas de investigación.....	26
9. Referencias bibliográficas.....	27
10. Anexos.....	32

Índice de anexos.

Anexo 1. Resultados de los artículos seleccionados.	32
--	----

Índice de tablas.

Tabla 1. Pregunta PICO.	7
Tabla 2. Palabras clave.	8
Tabla 3. Estrategia de búsqueda.	10
Tabla 4. Cronograma de actividades.	11

Índice de figuras.

Figura 1. Evolución esperanza de vida en España 2007-2017.	3
Figura 2. Artículos seleccionados según las bases de datos.	12
Figura 3. Diagrama de flujo.	13
Figura 4. Artículos seleccionados para el estudio según su año de publicación.	14
Figura 5. Artículos seleccionados según el país de publicación.	15
Figura 6. Artículos seleccionados según la procedencia de las personas a estudio.	16
Figura 7. Artículos seleccionados según la población a estudio.	16
Figura 8. Artículos seleccionados según el tipo de estudio.	17

Glosario de acrónimos.

INE: Instituto Nacional de Estadística

OMS: Organización Mundial de la Salud

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

MeSH: Medical Subject Headings

VPN: Virtual Private Network

Resumen.

Introducción: Existen una serie de factores que influyen en el afrontamiento de una enfermedad terminal por parte del enfermo terminal, su cuidador y los profesionales de enfermería. Algunos de estos factores pueden ser la esperanza, la resiliencia, el abordaje del deseo de morir, entre otros.

Objetivo: Identificar los factores que pueden influir en el afrontamiento de una enfermedad terminal.

Metodología: Se realizó una revisión integradora de la literatura en las bases de datos Pubmed, Lilacs, Scielo, Cinahl y la Biblioteca Cochrane Plus. Se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH), “Resilience, Psychological”, “Palliative Care”, “Death”, “Nursing Staff”, “Caregivers” y “Terminally Ill” unidos por los operadores booleanos AND y OR.

Resultados: Se utilizaron n=30 artículos, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se clasificaron según año de publicación, país de publicación, lugar en el que se encuentra el paciente durante el estudio, población y tipo de estudio.

Conclusión: La literatura encontrada muestra que unos cuidados paliativos de calidad mejoran el afrontamiento en el paciente terminal, además una calidad al final de vida óptima influye positivamente en los cuidadores. El profesional sanitario necesita de una formación adecuada para poder afrontar la enfermedad. Por otro lado, existen factores que actúan de forma óptima en los distintos grupos, así como de forma desfavorable, como el hecho de que exista discrepancia entre el lugar donde se quiere morir y donde se muere realmente.

Palabras clave: resiliencia psicológica, cuidados paliativos, personal de enfermería, cuidadores, enfermo terminal.

Abstract.

Introduction: There are a number of factors that have an influence in a terminal disease's confrontation by the terminal patient's part, caregiver and nursing professionals. Some of these factors can be faith, resilience, approach to the desire to die, among others.

Objective: Identify the factors that can have an influence in the terminal disease's confrontation.

Methodology: A literature's integrative review was made in the data bases of Pubmed, Lilacs, Scielo, Cinahl and the Cochrane Library. There were used "Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)" and "Medical Subject Headings (MeSH)", "Resilience, Psychological", "Death", "Nursing Staff", "Caregivers" y "Terminally Ill" connected by the boolean's operators AND and OR.

Results: There were used n=30 articles, after applying the established criteria of inclusión and exclusión. There were clasified by the publication's year, country and study type.

Conclusion: The spotted literature shows that quality palliative care improves the confrontation with the terminal patient, in addition, optimum quality at the end of life has a positive influence in caregivers. Besides, factors that act in an optimum way exist in the diferent groups, like in an unfavorable way, like the fact that discrepancy exists between the place where someone wants to die and the place that they really do die.

Key words: psychological resiliency, palliative care, nursing staff, caregivers, terminally ill.

1. Introducción.

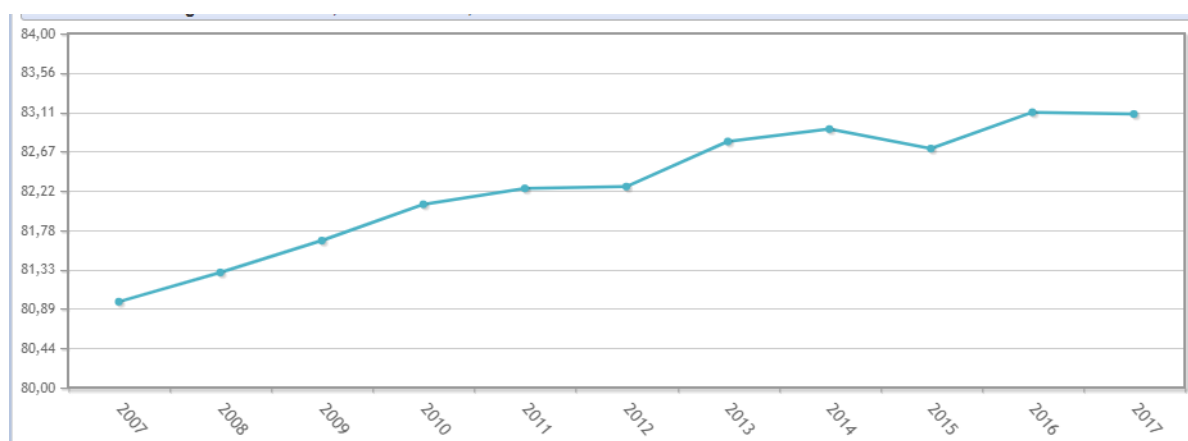
En las últimas décadas se ha producido un importante incremento de las enfermedades crónicas debido al aumento de la esperanza de vida. Esto ha comportado la aparición de nuevas patologías con importante morbilidad, así como una elevación de la incidencia de enfermedades con pronóstico fatal.

El contexto sanitario también ha ido evolucionando para poder adaptarse a esta nueva situación, implementando nuevas tecnologías y prolongando la supervivencia de la población, es decir, la esperanza de vida ¹.

Se define esperanza de vida como el número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse el patrón de mortalidad por edad (tasa de mortalidad a cada edad) actualmente observado.

Este es el indicador más usado para realizar comparaciones sobre la incidencia de la mortalidad entre las poblaciones y, en base a esto, sobre las condiciones de salud y el nivel de desarrollo de la población ². En la figura 1 se puede observar la evolución en aumento de la esperanza de vida en España ³.

Figura 1. Evolución esperanza de vida en España 2007-2017.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Tal y como se ha dicho anteriormente el aumento en la esperanza de vida ha ocasionado un incremento de las enfermedades crónicas, entendiéndose estas como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Dentro de estas enfermedades destacan algunas como las enfermedades cardíacas, enfermedades oncológicas, respiratorias y diabetes, siendo las responsables del 63% de las muertes ⁴.

Cuando dichas enfermedades no pueden ser tratadas de una forma activa, se recurre a los cuidados paliativos, definiendo estos como la atención que se ofrece para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o potencialmente mortal. El objetivo de estos cuidados es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad o con su tratamiento ⁵. Estos cuidados pueden beneficiar tanto a pacientes con enfermedades avanzadas no malignas como a pacientes oncológicos. Es cierto que la mayoría de pacientes que reciben cuidados paliativos padecen cáncer ⁶.

Se estima que en España entre 100.000 y 120.000 pacientes al año necesitarían acceder a este tipo de cuidados, pero que sólo la mitad de ellos los recibe. De estos pacientes, los que sufren enfermedades no oncológicas como demencias, enfermedades hepáticas o cardíacas, tienen el acceso a este tipo de cuidados limitado. El Instituto Nacional de Estadística (INE), estima que entre el 50 y el 65 por 100 de los pacientes mueren tras una etapa avanzada y terminal de su enfermedad, por lo que necesitarán cuidados paliativos ^{7,8}.

La enfermedad terminal se define como aquella que no responde a tratamientos específicos para curar o estabilizar dicha enfermedad, esto lleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses), el proceso de esta enfermedad se caracteriza por producir un alto grado de sufrimiento físico, psicológico y familiar ⁹.

La clínica de una enfermedad terminal se caracteriza por unos elementos fundamentales que resultan de gran importancia:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.

3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida limitado ¹⁰.

En esta fase de final de vida van a participar tanto los pacientes como sus cuidadores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al cuidador principal como la persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el papel de responsable en un sentido amplio y está dispuesto a tomar decisiones por y para el paciente, así como a cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta ¹¹.

En estas situaciones aparecen una serie de factores que influirán de forma directa o indirecta en el afrontamiento de esta etapa. Entre estos factores destacan la esperanza, que significa darle sentido al tiempo que le queda de vida y la resiliencia personal, que se asocia a la capacidad de adaptarse a factores estresantes o adversos ¹². El hecho de abordar el deseo de morir de los pacientes, dándoles la posibilidad de hablar acerca de su enfermedad y de sus preocupaciones facilita el afrontamiento de la enfermedad haciendo posible una mayor adaptación, además, una muerte en el hogar junto a una continuidad de cuidados adecuada influye favorablemente en el afrontamiento ¹³⁻¹⁵. Por otra parte, factores como pueden ser el mal control de los síntomas relacionado con unos cuidados paliativos de baja calidad o la ausencia de los mismos hacen que el paciente sienta desesperanza ante dicha situación, llevando la enfermedad de forma inadecuada ¹⁶.

Debido al aumento en el número de pacientes que padecen una enfermedad terminal de tipo oncológico o no oncológico se cree importante dar a conocer los factores que influyen en el afrontamiento de esta, tanto en el paciente terminal como en los cuidadores que también participan en el proceso. Además, como futura profesional de la enfermería creo de gran importancia poder conocer estos factores para poder ayudar tanto a los pacientes como a sus cuidadores en la etapa final de la vida cuando se padece una enfermedad de tipo terminal.

2. Objetivos.

2.1. Objetivo general.

- Identificar mediante una revisión integradora de la literatura, los factores que pueden influir en el afrontamiento de una enfermedad terminal.

2.2. Objetivos específicos

- Diferenciar entre los factores influyentes en los cuidadores, en los enfermos terminales y en los profesionales sanitarios.
- Identificar factores que actúan favorablemente en el afrontamiento de una enfermedad terminal.
- Identificar factores que actúan negativamente en el afrontamiento de una enfermedad terminal.

3. Metodología.

Se llevó a cabo una revisión integradora de la literatura desde Enero hasta Mayo de 2019 para responder a la siguiente pregunta PIO: ¿Cómo afrontan los diferentes grupos que actúan en los cuidados paliativos una enfermedad terminal? Esta queda reflejada en la tabla 1.

Tabla 1. Pregunta PICO.

P	Diferentes grupos que actúan en los cuidados paliativos
I	Afrontamiento
O	Modo de afrontar la enfermedad terminal

Fuente. Elaboración propia.

Para responder a esta pregunta, se realizó una búsqueda integradora de la literatura en diferentes bases de datos: PubMed, Lilacs, Scielo, Cinahl y la Biblioteca Cochrane Plus. Se eligieron estas por ser bases exclusivas de ciencias de la salud y por estar en constante actualización.

Para realizar la búsqueda se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH), unidas por los operadores booleanos AND y OR. El operador booleano AND se utilizó para unir los diferentes términos mientras que el operador OR se empleó para unir dos términos iguales en lenguaje natural y lenguaje científico.

3.1. Criterios de inclusión.

- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Artículos a texto completo gratuito, con el uso de VPN de la Universitat Jaume I.
- Idioma castellano e inglés.
- Artículos relacionados con humanos.
- Artículos que hablen del tema a estudio.

3.2. Criterios de exclusión.

- Artículos cuya población a estudio sea pediátrica.
- Artículos no relacionados con el tema de estudio.
- Artículos que traten casos clínicos individuales o relatos de experiencias personales.
- Artículos duplicados en las diferentes bases de datos.

3.3. Palabras clave.

Se utilizaron las palabras clave “resilience, psychological”, “palliative care”, “death”, “nursing staff”, “caregivers” y “terminally ill”, como se puede ver a continuación en la tabla 2.

Tabla 2. Palabras clave.

Lenguaje común	DeCS en Español	DeCS en Inglés	MeSH
Resiliencia	Resiliencia Psicológica	Resilience, Psychological	Resilience, Psychological
Cuidados paliativos	Cuidados Paliativos	Palliative Care	Palliative Care
Muerte	Muerte	Death	Death
Enfermería	Personal de enfermería	Nursing Staff	Nursing Staff
Cuidadores	Cuidadores	Caregivers	Caregivers
Enfermo terminal	Enfermo Terminal	Terminally Ill	Terminally Ill

Fuente. Elaboración propia.

3.4. Estrategia de búsqueda.

La búsqueda en PubMed se realizó con las palabras clave “Resilience, Psychological”, “Palliative Care”, “Death”, “Nursing Staff”, “Caregivers” y “Terminally Ill”, unidas por el operador booleano AND. Para incluir tanto el lenguaje natural como el estandarizado se unieron cada uno de los descriptores MeSH con su forma en lenguaje natural, mediante el operador booleano OR, para así incluir también los artículos científicos que pudieran estar relacionados con el tema de búsqueda pero que no incluyeran el término en sus palabras clave. Además, se utilizaron filtros de búsqueda, “free full text”, y un filtro de temporalidad de los últimos 5 años.

En Cinahl, se realizó la búsqueda con las palabras clave, “Resilience, Psychological”, “Palliative Care”, “Death”, “Nursing Staff”, “Caregivers” y “Terminally Ill” unidas por el operador booleano AND, como no se obtuvieron resultados no se empleó ningún tipo de filtro.

En la búsqueda realizada en Scielo y Lilacs ocurrió lo mismo, no se obtuvieron resultados al introducir las palabras clave con el operador booleano AND, por lo que no se emplearon filtros.

Por último, la búsqueda en la Biblioteca Cochrane Plus, se realizó con las palabras clave “Resilience, Psychological”, “Palliative Care”, “Death”, “Nursing Staff”, “Caregivers” y “Terminally Ill”. Estas se unieron con su forma en lenguaje natural por el operador booleano OR, y entre ellas por el operador booleano AND. Se utilizó un filtro de temporalidad de 5 años. Todo esto puede observarse detalladamente en la tabla 3.

Tabla 3. Estrategia de búsqueda.

Bases de Datos	Estrategia de Búsqueda	Resultados
PubMed	((((((((((("resilience, psychological"[MeSH Terms] OR ("resilience"[All Fields] AND "psychological"[All Fields]) OR "psychological resilience"[All Fields] OR ("resilience"[All Fields] AND "psychological"[All Fields]) OR "resilience, psychological"[All Fields]) OR "resilience, psychological"[MeSH Terms]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields])) OR "palliative care"[MeSH Terms]) AND ("death"[MeSH Terms] OR "death"[All Fields])) OR "death"[MeSH Terms]) AND ("nursing staff"[MeSH Terms] OR ("nursing"[All Fields] AND "staff"[All Fields]) OR "nursing staff"[All Fields])) OR "nursing staff"[MeSH Terms]) AND ("caregivers"[MeSH Terms] OR "caregivers"[All Fields])) OR "caregivers"[MeSH Terms]) AND ("terminally ill"[MeSH Terms] OR ("terminally"[All Fields] AND "il"[All Fields]) OR "terminally ill"[All Fields])) OR "terminally ill"[MeSH Terms] AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2014/03/11"[PDat] : "2019/03/09"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	196
Cinahl	resilience, psychological AND palliative care AND death AND nursing staff AND caregivers AND terminally ill	0
Cochrane Plus	((MeSH descriptor: [Resilience, Psychological] OR resilience, psychological) AND (MeSH descriptor: [Palliative Care] OR palliative care) AND (MeSH descriptor: [Death] OR death) AND (MeSH descriptor: [Nursing Staff] OR nursing staff) AND (MeSH descriptor: [Caregivers] OR caregivers) AND (MeSH descriptor: [Terminally Ill] OR terminally ill))	1
Scielo	resilience, psychological AND palliative care AND death AND nursing staff AND caregivers AND terminally ill	0
Lilacs	(tw:(resilience, psychological)) AND (tw:(palliative care)) AND (tw:(death)) AND (tw:(nursing staff)) AND (tw:(caregivers)) AND (tw:(terminally ill))	0

Fuente. Elaboración propia.

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica, y tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión establecidos se llevó a cabo un filtrado manual. Este consistió en la lectura del título y el resumen de los artículos encontrados. Una vez descartados los artículos que no se adecuaban a los criterios establecidos se procedió a la lectura completa de los seleccionados para cerciorar que el contenido se adecuaba al tema a estudio.

3.5. Cronograma de las actividades.

En la siguiente tabla 4 queda representada la distribución de las actividades en función de los meses en los que se llevaron a cabo.

Tabla 4. Cronograma de actividades.

	Enero	Febrero		Marzo		Abril		Mayo
	15-31	1-15	15-28	1-15	15-31	1-15	15-30	1-15
Búsqueda en base de datos								
Introducción								
Selección de artículos								
Metodología								
Resultados								
Discusión								
Conclusión								

Fuente. Elaboración propia.

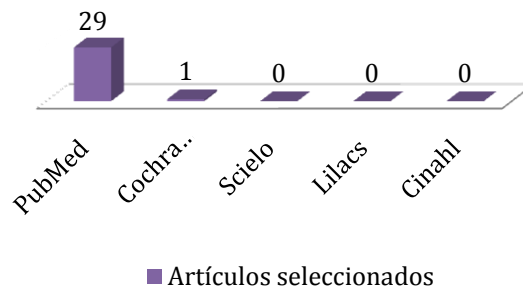
4. Resultados.

4.1. Resultados y características de la búsqueda según las bases de datos empleadas.

Tras realizar la búsqueda en las distintas bases de datos, y sin aplicar ningún filtro, se han encontrado un total de (n=6486) artículos. De ellos, (n=6485) en PubMed y (n=1) en la Biblioteca Cochrane Plus. Aunque se empleó la misma estrategia de búsqueda en Scielo, Cinahl y Lilacs no se obtuvieron resultados en ninguna de ellas.

Tras aplicar los filtros automáticos, y realizar un filtrado manual, basándose en los criterios de inclusión y exclusión establecidos, se eligieron (n=30) artículos para realizar la revisión integradora. De ellos, (n=29) pertenecen a PubMed, mientras que (n=1) es el encontrado en la Biblioteca Cochrane Plus. A continuación, en la figura 2, se ve representada la selección de artículos en las distintas bases de datos

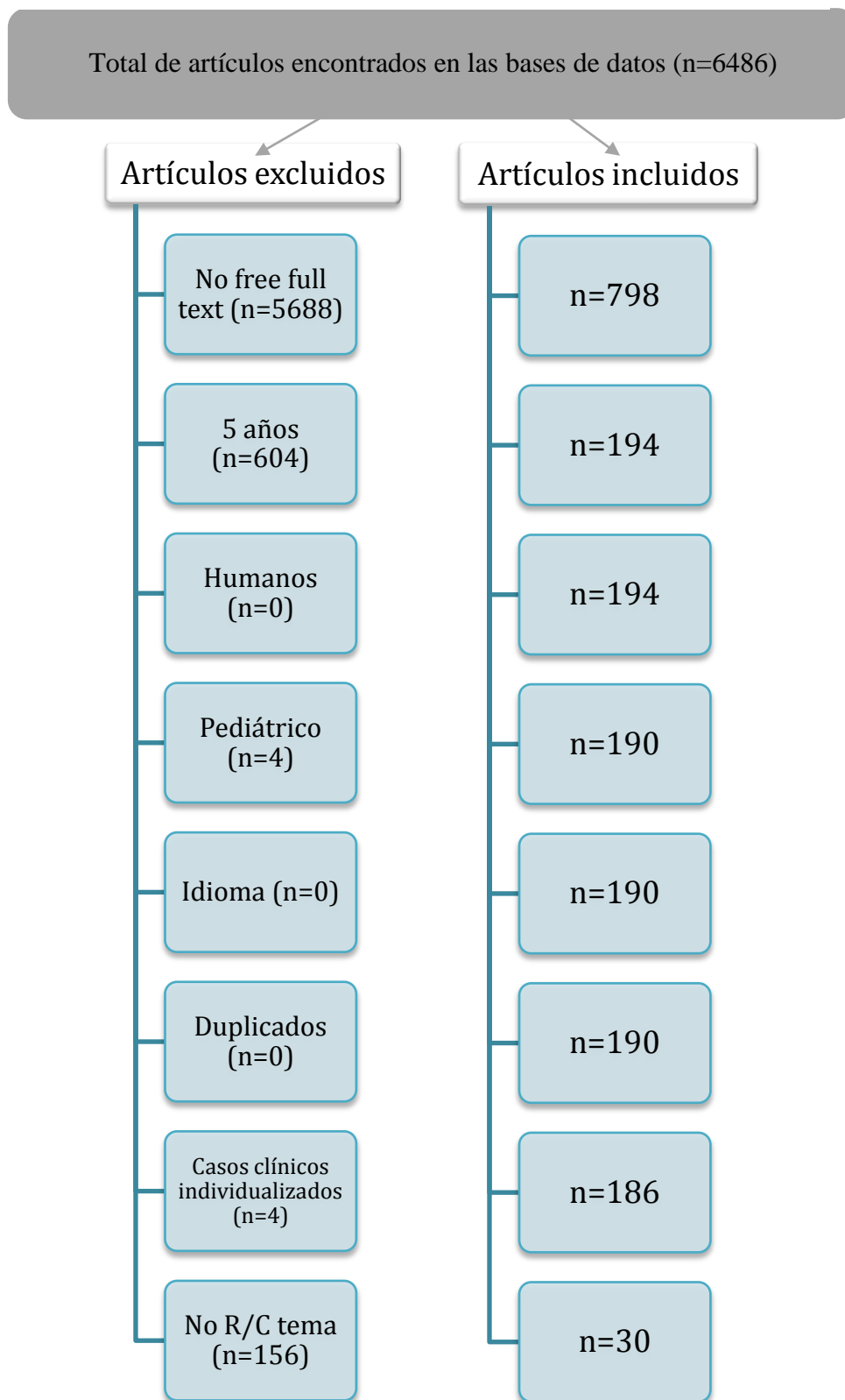
Figura 2. Artículos seleccionados según las bases de datos.



Fuente. Elaboración propia.

Del total de artículos encontrados en las bases de datos (n=6486), (n=5688) fueron descartados por no tener acceso gratuito a texto completo mediante el VPN de la Universitat Jaume I, (n=604) por no cumplir el criterio de temporalidad. Se descartaron (n=4) por basar su estudio en población pediátrica, y (n=156) por no estar relacionados con el tema a estudio. Los casos clínicos individualizados (n=4), no humanos (n=0), artículos duplicados (n=0) e idioma (n=0), también fueron criterio de exclusión durante la búsqueda. En la figura 3, se puede ver como se realizó la inclusión y exclusión de artículos mediante un diagrama de flujo.

Figura 3. Diagrama de flujo.



Fuente. Elaboración propia.

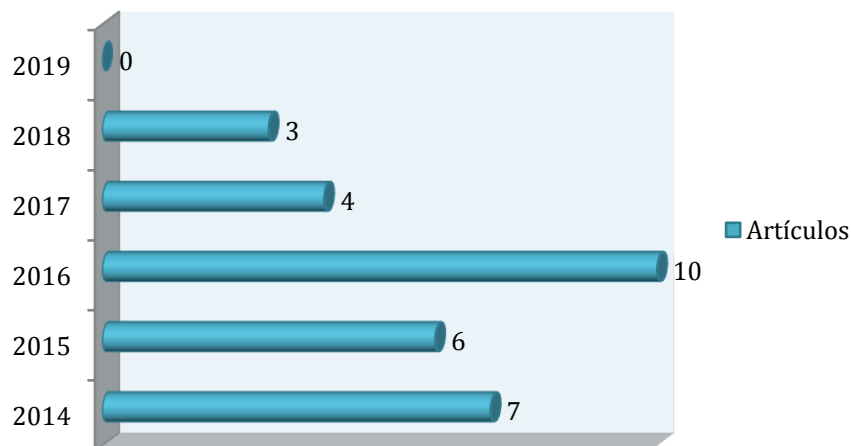
4.2. Características de los artículos seleccionados para el estudio.

Para establecer una mejor clasificación de los artículos encontrados se han seleccionado una serie de características: año de publicación, país de publicación, lugar en el que se encuentran los pacientes cuando se realiza el estudio (domicilio, unidad hospitalaria), población a la que va dirigida el estudio (enfermo terminal, cuidador, personal de enfermería) y tipo de estudio

4.2.1. Año de publicación.

Del total de artículos elegidos para llevar a cabo la revisión, el 23.33% (n=7) de los artículos se publicaron en 2014, el 20% (n=6) en 2015, el 33.33% (n=10) en 2016, el 13.33% (n=4) en 2017 y el 10% (n=3) en 2018. Existe ausencia de estudios en el presente año, 2019. A continuación, en la figura 4, se ve representada la muestra de artículos distribuidas por años.

Figura 4. Artículos seleccionados para el estudio según su año de publicación.

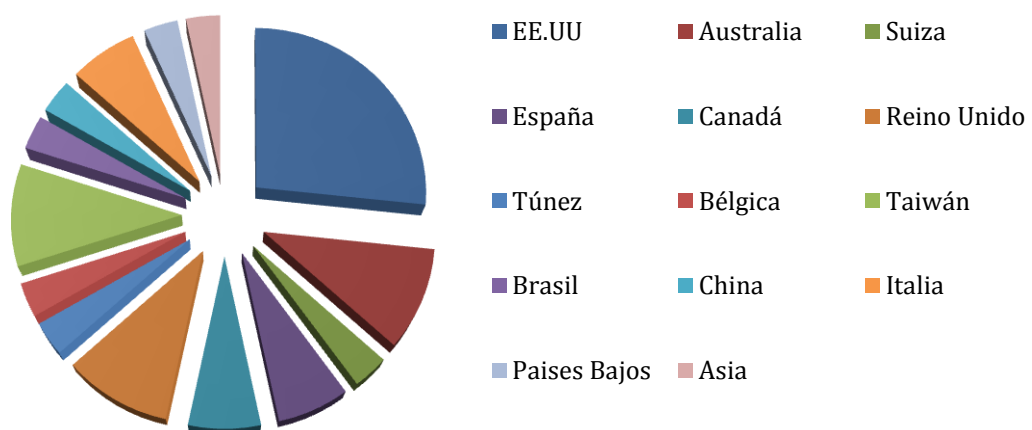


Fuente. Elaboración propia.

4.2.2. País de publicación.

Con lo que respecta al país de publicación, se ha encontrado que el 26.67% (n=8) se han llevado a cabo en Estados Unidos, mientras que, en Australia, Reino Unido y Taiwán se han realizado el 10% (n=3), en cada uno de ellos. España, Canadá e Italia se llevan el 6.67% (n=2) cada uno. Finalmente, el 3.33% (n=1) cada uno, corresponde a Suiza, Túnez, Bélgica, Brasil, China, Países Bajos y Asia. En la figura 5 se puede ver la distribución de artículos según el país de publicación.

Figura 5. Artículos seleccionados según el país de publicación.

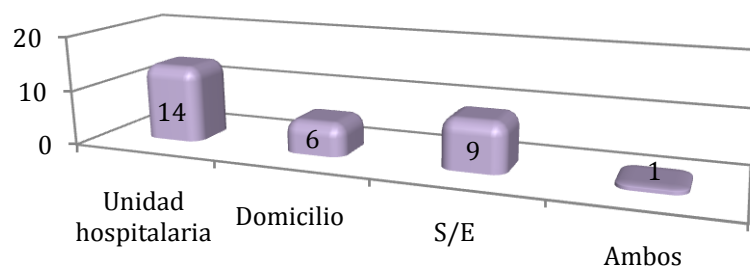


Fuente. Elaboración propia

4.2.3. Procedencia de las personas a estudio.

La procedencia de las personas hace referencia al lugar donde están recibiendo cuidados cuando se realiza el estudio. El 46.67% (n=14) de los artículos hablaban de unidades hospitalarias, el 20% (n=6) se realizaron en los domicilios de las personas. Un 30% (n=9) de los artículos no especifican el lugar (S/E), y solo el 3.33% (n=1) se documentan en ambos lugares. Estos resultados se pueden observar la figura 6.

Figura 6. Artículos seleccionados según la procedencia de las personas a estudio.

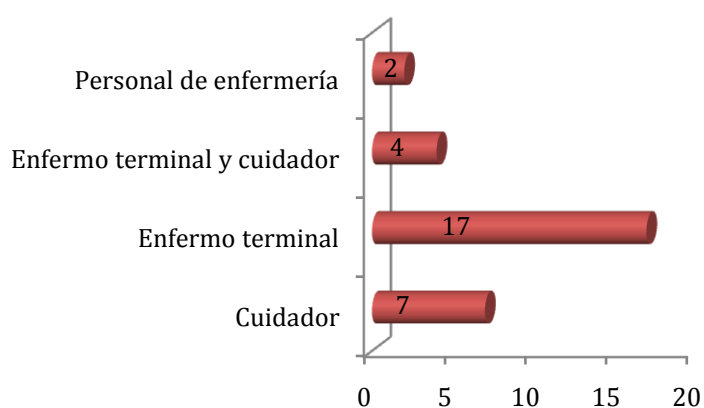


Fuente. Elaboración propia

4.2.4. Población del estudio.

En el 56.67% (n=17) de los artículos seleccionados el enfermo terminal es la población a estudio, en el 23.33% (n=7) es el cuidador del enfermo terminal. Un 13.33% (n=4) estudian a ambos grupos en conjuntos. Al personal de enfermería le corresponde un 6.67% (n=2) de los artículos seleccionados. Ver figura 7.

Figura 7. Artículos seleccionados según la población a estudio.

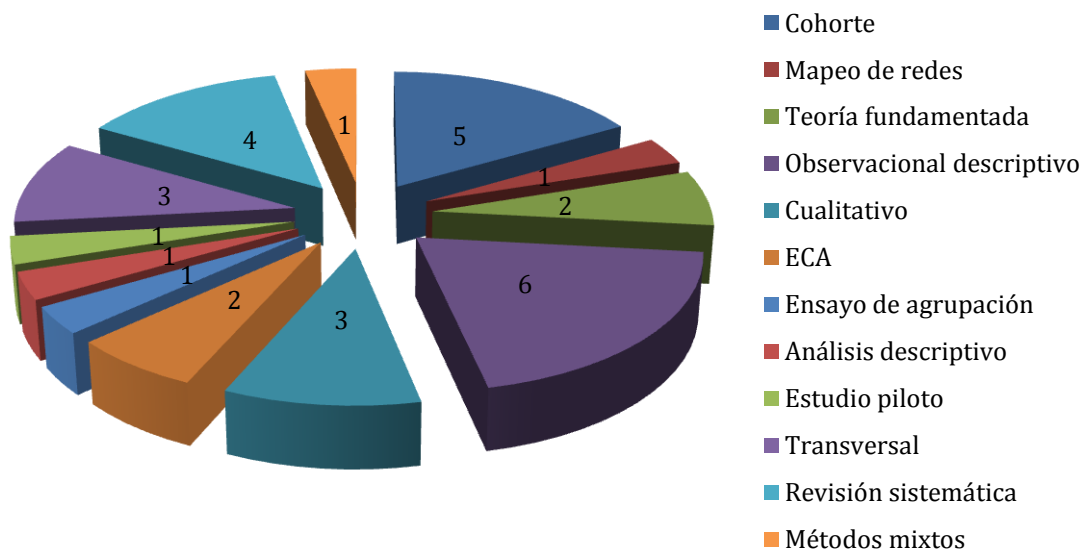


Fuente. Elaboración propia.

4.2.5. Tipo de estudio.

Finalmente, se han clasificado los artículos según el tipo de estudio. Se encuentra que el 20% (n=6) son estudios observacionales descriptivos, el 16.67% (n=5) son estudios de cohortes. Un 13.33% (n=4) son revisiones sistemáticas. Con un 10% (n=3) cada uno, estudios cualitativos y estudios transversales. Un 6.67% (n=2), son teoría fundamentada y ensayos clínicos aleatorizados (ECA), cada uno. Por último, con un 3.33% (n=1) se trata de un mapeo de redes, un ensayo de agrupación, un análisis descriptivo, un estudio piloto y un estudio de métodos mixtos. Esta distribución se puede ver reflejada en la figura 8.

Figura 8. Artículos seleccionados según el tipo de estudio.



Fuente. Elaboración propia.

5. Discusión.

Para facilitar la clasificación de los factores según los objetivos, se establecen distintos apartados.

5.1. Factores influyentes en los distintos grupos.

5.1.1. Enfermo terminal.

Existen factores que pueden ser modificables y que pueden influir en el afrontamiento de la enfermedad. Según Ohnsorge et al.¹³ **abordar el deseo de morir** de forma óptima, mantener un tratamiento centrado en el paciente y planificar la atención de manera adecuada disminuye la **desesperanza** de estos, por lo que se consigue un afrontamiento adecuado. Además, Rosenfeld et al.¹⁶ añade que el deseo de una muerte acelerada aumenta cuando existe un mal control de los síntomas, generando desesperanza en el paciente.

Implementar programas integrados de **cuidados paliativos** para pacientes con una enfermedad oncológica genera una mejor calidad de vida en la etapa final, afirmando Vanbutsele et al.¹⁷ que lleva a una mejor adaptación a la enfermedad, Ziegler et al.¹⁸ complementa esto relacionando un acceso a cuidados paliativos junto con una duración mayor de estos, afirmando al igual, que llevan a una mejor calidad de vida logrando la adaptación. Lu et al.¹⁹ habla de las consultas de cuidados paliativos, afirmando que estas mejoran el conocimiento sobre la enfermedad que padecen los pacientes así como de su diagnóstico y pronóstico. Añade, además, que una derivación temprana a una unidad de cuidados paliativos puede proporcionar un manejo integral de la angustia física, psicosocial y espiritual, mejorando el afrontamiento. Vilalta et al.²⁰ reafirma la idea de que los pacientes que reciben cuidados paliativos óptimos viven el presente con mayor normalidad, adaptándose a la enfermedad. Por otra parte, complementa la existencia de los cuidados paliativos con la necesidad de **conocer la verdad** sobre la patología que se padece, ya que esto resulta fundamental para poder afrontar la enfermedad con normalidad y disminuir la preocupación por el futuro.

Según Dantas et al.²¹ **aceptar** que se está enfermo favorece el control de la enfermedad. Daneault et al.²² coincide en que el paciente debe conocer su enfermedad y aceptarla pero incorpora la idea de mantener la **esperanza** de los pacientes, afirmando que conduce a una serenidad mantenida, siempre dentro del realismo.

Otro de los factores que puede influir en el afrontamiento de la enfermedad, según Hartogh²³, es la necesidad de **aliviar** los **síntomas físicos** de la enfermedad, pero sin olvidar que el sufrimiento es una condición que hay que respetar ya que forma parte de un afrontamiento eficaz.

La **muerte** en el **hogar** ayuda a un afrontamiento más natural y positivo de la enfermedad, para lograr esto Ko et al.²⁴ cree necesario conocer los factores que predicen una muerte en el hogar para poder favorecer así que esta se produzca en el domicilio.

Por último, otros factores como la fe, las actividades que mejoran la resiliencia y el hecho de centrar prioridades y objetivos en los adultos mayores se consideran influyentes en el afrontamiento de la enfermedad. Por una parte, la **fe**, según Bovero et al.²⁵ resulta útil para sobrellevar las circunstancias desagradables o inevitables de la enfermedad, mejorando la adaptación a esta. Solano et al.¹² cree necesarias las actividades orientadas a mejorar la **resiliencia** en las unidades de cuidados paliativos para mejorar así la adaptación. Finalmente, Romo et al.²⁶, centrándose en los adultos mayores, afirma que **marcar** los **objetivos** y prioridades de los pacientes con lo que respecta a su enfermedad y tratamiento logra un enfoque más pasivo que les permite sobrellevar la enfermedad terminal desde un control interno más adecuado.

5.1.2. Cuidador.

Con lo que respecta al cuidador principal de un paciente que padece una enfermedad terminal, aparecen factores que pueden hacer variar el afrontamiento de estos hacia la situación que les ha tocado vivir.

En primer lugar, Abbott et al.²⁷ relaciona una **baja calidad de vida** del enfermo con el riesgo de suicidio de su cuidador, por lo tanto, si el paciente tiene una buena calidad de vida durante su enfermedad, el cuidador podrá afrontar mejor la situación, disminuyendo el riesgo de suicidio tras la muerte del enfermo. Por otro lado, el hecho de mantener una relación conyugal con el paciente, aumenta el riesgo de suicidio, señalando con esto un mal afrontamiento. Li et al.²⁸ añade también que aumenta el riesgo de padecer depresión y/o ansiedad en la pareja, y que esto tiene que ver también con el modo en el que se le comunica la noticia al cuidador que mantiene una relación conyugal.

Por su parte, Wright et al.¹⁴ indica factores como el hecho de **no** ingresar en una **unidad de cuidados críticos** o el hecho de **morir** en el **domicilio** como influyentes a la hora de considerar una mayor calidad de vida por parte del cuidador, que está relacionado con una mejor adaptación a la situación terminal que se está viviendo.

Trevino et al.²⁹ demuestra que la percepción de una **alianza terapéutica** entre los pacientes y su oncólogo favorece indirectamente al cuidador, tanto social como mentalmente, además, ayuda a aliviar la carga de los cuidadores favoreciendo un mayor control de la situación.

Finalmente, Aoun et al.³⁰ y Ates et al.³¹ coinciden en la **necesidad de reconocer** a los cuidadores familiares a la hora de establecer los cuidados, puesto que esto logrará que reciban la atención necesaria para abordar de forma óptima la enfermedad.

5.1.3. Profesional sanitario.

El profesional sanitario que convive con pacientes en su final de vida también necesita afrontar el pronóstico terminal de manera que aparecen factores que influyen en dicho afrontamiento.

Amamou et al.³² afirma que el recibir una **expresa gratitud** de los pacientes hacia el profesional, protege del sufrimiento inconsciente del cuidador, en este caso el personal de enfermería.

Por otra lado, Lin et al.³³ añade que una **buena formación en comunicación** de forma temprana en los profesionales sanitarios ayudará a regular las emociones ante un paciente en fase terminal y a establecer habilidades efectivas de comunicación.

5.2. Factores favorables al afrontamiento.

Rosenfeld et al.³⁴ indica que una **psicoterapia** centrada en las necesidades del paciente es potencialmente buena para enfrentar mejor los desafíos inherentes que surgen durante una enfermedad terminal. Ho et al.³⁵ añade a esta psicoterapia, una **intervención psico-socio-espiritual** para mejorar la dignidad y el bienestar tanto de los pacientes como de sus familias, afrontando de manera óptima la enfermedad.

Martínez et al.³⁶ introduce otra terapia, la **terapia de dignidad**, y afirma que esta disminuye el riesgo de sufrir ansiedad y/o depresión, generando beneficios en lo referente a la experiencia al final de la vida.

Seamark et al.¹⁵ demuestra que la existencia de una **continuidad de cuidados** durante una enfermedad terminal que es tratada en el domicilio, con el menor número de profesionales sanitarios distintos posibles durante el proceso, mejora la experiencia tanto del enfermo como de sus cuidadores y favorece el afrontamiento al final de la etapa.

Por otro lado, Leonard et al.³⁷ indica que optar por una **actitud participativa**, desarrollando nuevas redes sociales durante la etapa de final de vida logra que las personas conecten entre sí, de forma cooperativa y puedan beneficiarse unos de otros.

5.3. Factores desfavorables al afrontamiento.

Como factores desfavorables para lograr un afrontamiento adecuado, Sadler et al.³⁸ indica que el hecho de que exista una **discrepancia** entre la ubicación preferida y la ubicación real de la muerte genera ansiedad tanto en el paciente como en su cuidador, por lo que se produce un mal afrontamiento de la situación.

Si se produce un **empeoramiento** o una mala resolución de los síntomas que van apareciendo el paciente puede desesperarse y aumentar con ello el deseo de una muerte acelerada, Rosenfeld ¹⁶ muestra la necesidad de elaborar una serie de intervenciones no farmacológicas para reducir el riesgo de deseo de muerte acelerada.

Finalmente, Horey et al. ³⁹ indica que existe una **mala formación** de los cuidadores voluntarios para afrontar el cuidado de un paciente en fase terminal, lo que significa que no se les está brindando una buena calidad de vida en el ámbito de los cuidados paliativos, por lo que empeorará la adaptación tanto del paciente como de sus familias.

6. Conclusiones.

- Los enfermos terminales afrontan su enfermedad gracias a la existencia de unos cuidados paliativos de calidad, que mejoran sus conocimientos con respecto a su patología, le dan la posibilidad de conocer la verdad acerca de su pronóstico logrando una disminución de la desesperanza. Además, el hecho de morir en el hogar, actúa favorablemente con lo que respecta a la aceptación y el afrontamiento. La fe representa un factor favorable ya que permite afrontar de manera positiva las circunstancias desagradables de la enfermedad.
- Los cuidadores familiares necesitan que los pacientes tengan una calidad al final de la vida óptima para poder afrontar la enfermedad. Por otro lado, tienen que formar parte de los cuidados para poder satisfacer sus necesidades y poder sobrellevar la enfermedad de la mejor manera posible. Finalmente, el hecho de mantener una relación conyugal con el paciente actúa negativamente en el afrontamiento, aumentando el riesgo de padecer depresión y/o ansiedad.
- El profesional sanitario, también se ve influido por ciertos factores a la hora de poder llevar de forma adecuada una enfermedad terminal, necesita la gratitud de sus pacientes para poder evitar el sufrimiento y precisa de formación adecuada en comunicación, para relacionarse de forma óptima tanto con el paciente como con sus familias.
- Algunos de los factores positivos en cuanto al afrontamiento son los distintos tipos de terapias que favorecen el bienestar del paciente, disminuyendo su ansiedad y/o depresión, además de una continuidad de cuidados llevada a cabo en el domicilio del paciente con el menor número de profesionales sanitarios posibles, para favorecer una relación más estrecha entre ellos. Tener una actitud participativa en el cuidado y con las demás personas predisponen la formación de nuevas relaciones que favorecen la adaptación.

- Como factores negativos que contribuye a un mal afrontamiento tanto por el enfermo como por su cuidador, nombrar el hecho de que exista una discrepancia entre el lugar donde se quiere morir y donde se muere realmente, un mal control de los síntomas puesto que favorece el aumento del deseo de muerte acelerada que da lugar a un afrontamiento desfavorable de la enfermedad que se padece. Finalmente, una mala formación de los cuidadores dificulta la efectividad de los cuidados.

7. Limitaciones.

Cuando se eligió el tema a estudio se pretendía comparar los factores que influían en el afrontamiento de una enfermedad terminal en tres grupos distintos: enfermo terminal, cuidador principal y personal de enfermería. Tras realizar diferentes estrategias de búsqueda en las distintas bases de datos, encontramos que había una escasez de artículos que estudiaran el afrontamiento en el personal de enfermería.

Debido a la gran variabilidad de artículos encontrados, no se creyó oportuno aplicar un filtro de calidad metodológica.

Por otro lado, se han obtenido resultados muy heterogéneos que no concretan en gran medida los factores con mayor influencia tanto positiva como negativamente.

8. Futuras líneas de investigación.

Al realizar la búsqueda se han obtenido una muestra insignificante de artículos relacionados con el profesional de enfermería, se cree necesaria la investigación en este ámbito puesto que el personal de enfermería está en constante relación con el enfermo terminal y, en ocasiones, puede no afrontar de manera óptima los acontecimientos que suceden a su alrededor.

Por otro lado, el cuidador principal también representa un porcentaje bajo de artículos por lo que se cree necesario la investigación a través de estudios observacionales para conseguir conocer cómo afrontan la enfermedad los cuidadores y poder intervenir de forma óptima.

Finalmente, como futura línea de investigación, deberían realizarse estudios que comparasen los tres grupos ya que, con el paso del tiempo, la esperanza de vida va a seguir aumentando y con ello la aparición de nuevas enfermedades terminales que deben ser tratadas tanto sintomáticamente como psicológicamente para poder ayudar al paciente, a su familiar y al personal que convive con ellos durante el proceso.

9. Referencias bibliográficas.

1. López Imedio E. *Enfermería En Cuidados Paliativos*. (Panamericana, ed.); 2007.
2. Instituto Nacional de Estadística. Productos y Servicios _ Publicaciones _ Productos y Servicios _ Publicaciones _ Publicaciones de descarga gratuita. [Internet]. Ines.es 2016 [citado 17 Abr 2019]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout.
3. Instituto Nacional de Estadística. INEbase / Demografía y población /Fenómenos demográficos /Indicadores demográficos básicos / Últimos datos. [Internet]. Ine.es 2015 [citado 12 May 2019]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002.
4. OMS. Enfermedades crónicas. WHO. [Internet]. 2017 [citado 17 Abr 2019] Disponible en: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.
5. NIH. Definición de pulso - Diccionario de cáncer - National Cancer Institute. [Internet]. [Citado 17 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/cuidado-paliativo>.
6. Navarro Sanz JR. CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLOGICOS: ENFERMEDAD TERMINAL Y FACTORES PRONOSTICOS. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL). [Internet]. 2014 [citado 17 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-NO-ONCOLOGICOS-ENFERMEDAD-TERMINAL-Y-FACTORES-PRONOSTICOS>.
7. Paris J. El 80% de los enfermos terminales quiere recibir cuidados paliativos en casa. [Internet]. 2017 [citado 17 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.20minutos.es/noticia/3160380/0/enfermos-terminales-quieren-recibir-cuidados-paliativos-casa/>.

8. Merino Cuesta M, Natal Ramos C, Ruiz Martínez A. Evaluación de la estrategia de cuidados paliativos del sistema nacional de salud. *Soc Española Cuid Paliativos*. 1-54. [Internet]. 2010 [citado 17 Abr 2019]. Disponible en: <http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/evaluaciones/E26-ECP-SNS.pdf>.
9. Del Castillo Arévalo F. Cuidados a la persona con enfermedad terminal. *CS Contrueces*. 4-6, 12-33. [Internet] 2010 [citado 17 Abr 2019]. Disponible en: https://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Herramientas para la Consulta Enfermera/CUIDADOS_Enfermo_Terminal.pdf.
10. SECPAL. [Internet]. 2014 [citado 17 Abr 2019]. Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal.
11. Guerrero Nava JA, Romero Quechol G, Martínez Olivares M, Martínez Martínez RA, Rosas Reyes SC. Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal in t. *Rev Enferm del Inst Mex del Seguro Soccial*. 24(2):91-98. [Internet]. 2016 [citado 2 May 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162d.pdf>.
12. Solano JPC, Da Silva AG, Soares IA, Ashmawi HA, Vieira JE. Resilience and hope during advanced disease: A pilot study with metastatic colorectal cancer patients. *BMC Palliat Care*. 2016;15(1):70. doi:10.1186/s12904-016-0139-y.
13. Ohnsorge K, Gudat H, Rehmann-Sutter C. Intentions in wishes to die: Analysis and a typology - A report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *Psychooncology*. 2014;23(9):1021-1026. doi:10.1002/pon.3524.
14. Wright AA, Keating NL, Ayanian JZ, et al. Family perspectives on aggressive cancer care near the end of life. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2016;315(3):284-292. doi:10.1001/jama.2015.18604.
15. Seamark D, Blake S, Brearley SG, et al. Dying at home: A qualitative study of family carers' views of support provided by GPs community staff. *Br J Gen Pract*.

- 2014;64(629):e796-e803. doi:10.3399/bjgp14X682885.
16. Rosenfeld B, Pessin H, Marziliano A, et al. Does desire for hastened death change in terminally ill cancer patients? *Soc Sci Med.* 2014;111:35-40. doi:10.1016/j.socscimed.2014.03.027.
 17. Vanbutsele G, Van Belle S, De Laat M, et al. The systematic early integration of palliative care into multidisciplinary oncology care in the hospital setting (IPAC), a randomized controlled trial: The study protocol. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(1):554. doi:10.1186/s12913-015-1207-3.
 18. Ziegler LE, Craigs CL, West RM, et al. Is palliative care support associated with better quality end-of-life care indicators for patients with advanced cancer? A retrospective cohort study. *BMJ Open.* 2018;8(1):e018284. doi:10.1136/bmjopen-2017-018284.
 19. Lu CY, Shen WC, Kao CY, et al. Impact of palliative care consultation service on terminally ill cancer patients: A 9-year observational cohort study in Taiwan. *Med (United States).* 2016;95(10):e2981. doi:10.1097/MD.0000000000002981.
 20. Vilalta A, Valls J, Porta J, Viñas J. Evaluation of Spiritual Needs of Patients with Advanced Cancer in a Palliative Care Unit. *J Palliat Med.* 2014;17(5):592-600. doi:10.1089/jpm.2013.0569.
 21. Dantas MMF, Amazonas MCL de A. The illness experience: Palliative care given the impossibility of healing. *Rev da Esc Enferm.* 2016;50(Specialissue):46-52. doi:10.1590/S0080-623420160000300007.
 22. Daneault S, Mongeau S, Yelle L, Sicotte C, Dion D, Coulombe M. Ultimate journey of the terminally ill: Ways and pathways of hope. *Can Fam physician.* 2016;62(8):648-656.
 23. Hartogh G den. Suffering and dying well: on the proper aim of palliative care. *Med Heal Care Philos.* 2017;20(3):413-424. doi:10.1007/s11019-017-9764-3.
 24. Ko MC, Huang SJ, Chen CC, et al. Factors predicting a home death among home

- palliative care recipients. *Med (United States)*. 2017;96(41):e8210. doi:10.1097/MD.00000000000008210.
25. Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G, Torta R. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016;25(6):961-969. doi:10.1111/ecc.12360.
26. Romo RD, Allison TA, Smith AK, Wallhagen MI. Sense of Control in End-of-Life Decision-Making. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(3):e70-e75. doi:10.1111/jgs.14711.
27. Abbott CH, Prigerson HG, MacIejewski PK. The influence of patients' quality of life at the end of life on bereaved caregivers' suicidal ideation. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48(3):459-464. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.09.011.
28. Li Q, Xu Y, Zhou H, Loke AY. Factors influencing the health-related quality of life of Chinese advanced cancer patients and their spousal caregivers: A cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2016;15(1):72. doi:10.1186/s12904-016-0142-3.
29. Trevino KM, Maciejewski PK, Epstein AS, Prigerson HG. The lasting impact of the therapeutic alliance: Patient-oncologist alliance as a predictor of caregiver bereavement adjustment. *Cancer*. 2015;121(19):3534-3542. doi:10.1002/cncr.29505.
30. Aoun SM, Deas K, Howting D, Lee G. Exploring the support needs of family caregivers of patients with brain cancer using the CSNAT: A comparative study with other cancer groups. Zhang H, ed. *PLoS One*. 2015;10(12):e0145106. doi:10.1371/journal.pone.0145106.
31. Ateş G, Ebenau AF, Busa C, et al. "never at ease" - Family carers within integrated palliative care: A multinational, mixed method study. *BMC Palliat Care*. 2018;17(1):39. doi:10.1186/s12904-018-0291-7.
32. Amamou B, Bannour AS, Hadj M Ben, Nasr S Ben, Hadj B Ben. Haute prévalence du Burnout dans les unités Tunisiennes prenant en charge des patients en fin de vie. *Pan Afr Med J*. 2014;19. doi:10.11604/pamj.2014.19.9.2865.

33. Lin MF, Hsu WS, Huang MC, Su YH, Crawford P, Tang CC. "I couldn't even talk to the patient": Barriers to communicating with cancer patients as perceived by nursing students. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(4):e12648. doi:10.1111/ecc.12648.
34. Rosenfeld B, Saracino R, Tobias K, et al. Adapting Meaning-Centered Psychotherapy for the palliative care setting: Results of a pilot study. *Palliat Med*. 2017;31(2):140-146. doi:10.1177/0269216316651570.
35. Ho AHY, Car J, Ho MHR, et al. A novel Family Dignity Intervention (FDI) for enhancing and informing holistic palliative care in Asia: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017;18(1):587. doi:10.1186/s13063-017-2325-5.
36. Martínez M, Arantzamendi M, Belar A, et al. 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliat Med*. 2017;31(6):492-509. doi:10.1177/0269216316665562.
37. Leonard R, Horsfall D, Noonan K. Identifying changes in the support networks of end-of-life carers using social network analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 2015;5(2):153-159. doi:10.1136/bmjspcare-2012-000257.
38. Sadler E, Hales B, Henry B, et al. Factors affecting family satisfaction with inpatient end-of-Life care. Fang Y, ed. *PLoS One*. 2014;9(11):e110860. doi:10.1371/journal.pone.0110860.
39. Horey D, Street AF, O'Connor M, Peters L, Lee SF. Training and supportive programs for palliative care volunteers in community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(7). doi:10.1002/14651858.CD009500.pub2.

10. Anexos.

Anexo 1. Resultados de los artículos seleccionados.

Artículo	Año	País	Lugar	Grupo	Tipo de estudio	Tema (Factores)
1	2014	EE.UU.	N/C	Cuidador	Cohortes	Una mayor calidad de vida en el paciente terminal disminuye el riesgo de suicidio en su cuidador.
2	2015	Australia	Domicilio	Cuidador	Mapeo de redes	Cambios en las redes sociales de los cuidadores de enfermos terminales que reciben cuidados en el hogar.
3	2014	Suiza	Domicilio y unidad de cuidados paliativos	Enfermo terminal	Entrevistas cualitativas semiestructuradas, utilizando la teoría fundamentada y el análisis fenomenológico interpretativo.	Abordar el deseo de morir ayuda a afrontar mejor la enfermedad, en contra posición a lo que quieren los cuidadores (evitar hablar de la enfermedad).

Artículo	Año	País	Lugar	Grupo	Tipo de estudio	Tema (Factores)
5	2014	EE.UU.	Hospital	Enfermo terminal	Observacional descriptivo	Un mal control de los síntomas o un empeoramiento acelera el crecimiento de un deseo de muerte acelerada. Reducir la desesperanza de los pacientes.
6	2014	Canadá	Hospital	Enfermo terminal, cuidador	Observacional descriptivo	El hecho de morir en una UCI genera mayor ansiedad tanto a los pacientes como a sus cuidadores.
7	2014	Reino Unido	Domicilio	Enfermo terminal, cuidador	Estudio cualitativo	Minimizar la cantidad de cuidadores involucrados en el cuidado y garantizar la continuidad personal, podría llevar a una experiencia más positiva.
9	2015	EE.UU.	Hospital	Cuidador	Cohortes	Una alianza entre el oncólogo y el paciente favorece el bienestar social y mental del cuidador durante el tratamiento al final de la vida y tras la muerte del paciente.

Artículo	Año	País	Lugar	Grupo	Tipo de estudio	Tema (Factores)
11	2015	Australia	N/C	Cuidador	Ensayo de agrupación en cuña escalonada	Herramientas para detectar las necesidades de los cuidadores a medida que avanza la enfermedad logrará que reciban la atención necesaria para abordar de forma óptima la enfermedad.
12	2016	EE.UU.	N/C	Cuidador	Prospectivo, observacional (Cohorte)	Factores como el no ingresar en una UCI o el hecho de morir en casa se asocian con un mejor cuidado al final de la vida por parte de los cuidadores de un paciente terminal.
14	2016	Taiwán	Hospital	Enfermo terminal	Cohortes	Consultas de cuidados paliativos y una buena formación sobre la enfermedad y la mejora de conocimientos tanto del paciente como de la familia.
15	2016	Brasil	N/C	Enfermo terminal	Análisis descriptivo	Aceptación de la enfermedad.

Artículo	Año	País	Lugar	Grupo	Tipo de estudio	Tema (Factores)
17	2016	EE.UU.	Hospital	Enfermo terminal	Estudio piloto de corte transversal	Resiliencia, puede mejorar la esperanza. Intervenciones que fomentan la resiliencia deben ser más valoradas en entornos de cuidados paliativos y deben iniciarse lo antes posible con los pacientes con cáncer.
19	2016	Canadá	Hospital	Enfermo terminal	Análisis cualitativo	Mantener la esperanza puede hacer que el paciente fluctúe entre la desesperación y la aceptación, conduciendo a una situación de serenidad.
20	2016	España	N/C	Enfermo terminal	Revisión sistemática	Terapia de dignidad.
21	2015	Italia	Hospital	Enfermo terminal	Observacional descriptivo	La fe, factor positivo en la aceptación de la enfermedad terminal.
22	2016	EE.UU.	Domicilio	Enfermo terminal	Teoría fundamentada	En adultos mayores, establecer prioridades y objetivos, consigue adoptar un enfoque pasivo que les ayuda a la aceptación.

Artículo	Año	País	Lugar	Grupo	Tipo de estudio	Tema (Factores)
25	2017	Taiwán	Domicilio	Enfermo terminal	Observacional descriptivo	Muerte en el hogar.
26	2018	Italia	Hospital	Enfermo terminal	Revisión sistemática	Hipnosis clínica.
27	2017	Asia	N/C	Enfermo terminal, cuidador	ECA	Intervenciones psico-socio-espirituales dirigidas por la familia, mejoran la dignidad y el bienestar.
28	2018	Inglaterra	N/C	Enfermo terminal	Cohorte retrospectivo	El acceso a CP mejoran la calidad de vida de los pacientes terminales
29	2018	Bélgica, Alemania, Hungría,	Domicilio	Cuidador	Estudio multinacional de métodos mixtos	Los cuidadores familiares tienen recursos de apoyo que les permita afrontar de forma eficaz la enfermedad.
30	2015	Australia	Domicilio	Cuidador	Revisión sistemática	Los cuidadores no están capacitados para afrontar el cuidado.

Factores que influyen en el afrontamiento de una enfermedad terminal.